37e Année. — N° 19. Vendredi 9 Mai 1890.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : I. Pneumocèle des bourses. II. Accidents consécutifs aux injections d'éther iodoformé. III. Nécessité de la stérilisation des foyers tuberculeux. (Hôtel Dieu. M. le professeur Verneuil. — **Clinique médicale** : Abolition du sens musculaire limitée à la main droite, consécutive à une pneumonie, par le D L. Galliard. — **Pathologie mentale** : Le délire alcoolique et ses modalités réactionnelles, par le Dr Paul Garnier. — **Bibliographie** : Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, par M. Jules Rochard. — **Revue de la presse** : A propos de la nona. — Les nouveaux hypnotiques. — **Académie de médecine**, séance du 6 mai 1890, présidence de M. Moutard-Martin : Elections. — De la grippe au point de vue chirurgical. — **Académie des sciences**, séance du 28 avril, présidence de M. Hermite : De l'action polaire du courant galvanique constant sur les microbes et en particulier sur la bactéridie charbonneuse. — Sur l'existence de l'endocardite tuberculeuse. — **Société de chirurgie**, séances des 23, 30 avril et 7 mai 1890, présidence de M. Nicaise : Orchidopexie — De l'oxycyanure de mercure. — Empyème pour pleurésie purulente. — Trépanation pour céphalalgie traumatique — Amygdalotomie chez un enfant. Hémorrhagies. — Ostéite des quatre premières côtes et des surfaces vertébrales correspondantes, 18 ans après un coup de feu. Résection osseuse. — Entérorraphie pour anus contre nature consécutif à une hernie étranglée. — Ablation d'un fibrome intra-utérin par la section césarienne suivie de suture immédiate de l'utérus. — Extirpation de la vésicule biliaire. — Du traitement de l'hypertrophie amygdalienne. — Stérilisation des objets de pansement. — De l'occlusion intestinale aiguë. — **Société médicale des hôpitaux**, séance du 2 mai, présidence de M. Dumontpallier : La convalescence dans la grippe. — La rougeole et la diphtérie aux Enfants-Assistés en 1889. — Morphinomanie et hystérie. — Syphilis des voies respiratoires et du foie. — Pouls amygdalocarotidien de l'insuffisance aortique. — Aortisme héréditaire. — **Société française de dermatologie et de syphiligraphie**, séance du 12 avril, présidence de M. Hardy. — **Nouvelles**.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le professeur Verneuil.

I. Pneumocèle des bourses. — II. Accidents consécutifs aux injections d'éther iodoformé. — III. Nécessité de la stérilisation des foyers tuberculeux.

Messieurs,

I. — Je veux d'abord vous parler d'un cas qui, quoique d'un intérêt médiocre, mérite d'être cité à cause de sa rareté.

Le 25 décembre 1889, entrait dans notre service un homme de 54 ans, atteint de fracture de côtes grave, qui a déterminé des crachements de sang et une pneumonie traumatique. Il fallait joindre à ces symptômes, un *emphysème généralisé*.

Les phénomènes pulmonaires ont évolué à l'ordinaire; les crachements de sang ont disparu. La pneumonie a guéri. En définitive, notre malade est convalescent.

Mais c'est sur l'emphysème que je veux attirer votre attention. Vous savez que ce n'est pas un phénomène absolument rare. Nous avons eu, il y a quelque temps, dans le service, un homme qui était ainsi littéralement gonflé comme un ballon, et qui a succombé à l'asphyxie.

Ici, l'emphysème, moins considérable, était néanmoins fort étendu : il occupait non seulement le thorax, mais la paroi abdominale et même les bourses.

Dans les conditions ordinaires, l'emphysème traumatique ne dure pas longtemps : au huitième jour, il a presque toujours disparu. L'air épanché dans le tissu cellulaire change de composition chimique ; au lieu de 21 d'O. et 79 d'Az., on trouve une quantité d'azote à peu près égale, mais l'oxygène a diminué très rapidement et a été remplacé par de l'acide carbonique. Vous trouverez un travail de Demarquay où ces métamorphoses ont été très scrupuleusement étudiées.

Mais ce qui caractérise le cas qui nous occupe, c'est la persistance d'une collection gazeuse au bout de quarante et un jours. Ce gaz est logé dans les bourses. Dans quelle région exactement ? Messieurs, remarquez que l'apparence de la tumeur est absolument celle d'une hydrocèle double ; je crois donc que le gaz n'est pas dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais bien dans l'intérieur des tuniques vaginales.

Ce serait là une variété de tumeur que je n'ai jamais observée : *un pneumocèle des bourses*.

Le malade en est très préoccupé. En définitive, je ne vois aucun danger dans cette affection. Mais pour sa durée, c'est ce que j'ignore.

Nous chercherons quelle est la nature chimique du gaz contenu. C'est une recherche assez délicate, mais qu'on pourra faire, je crois, avec une seringue de Dieulafoy fonctionnant parfaitement. Nous trouverons très probablement de l'acide carbonique.

Si le gaz persiste, c'est très probablement parce que la séreuse ne se prête pas à l'absorption comme le tissu cellulaire.

II. — Messieurs, vous savez quelle importance j'attache à la méthode des injections d'éther iodoformé. Malgré tout, il se produit de temps à autre des accidents consécutifs à cette méthode Je les étudie soigneusement pour tâcher d'y parer.

Ces accidents sont de nature diverse : Bœckel a cité un cas d'abcès de la racine du cou, voisin d'une grosse veine. A la suite de l'injection, la communication s'établit : des gaz pénètrent dans la veine et le malade succombe. Il est évident que c'est là un cas absolument exceptionnel. Si l'on avait, d'ailleurs, ouvert l'abcès et pratiqué le grattage, on eût ouvert la grosse veine à coup sûr.

On a signalé des phénomènes de collapsus ; ils étaient dus évidemment à l'absorption d'une grande quantité d'éther. Mais ce sont là des phénomènes d'anesthésie par l'éther sans aucune gravité. Vous savez qu'en Amérique et encore à Lyon, c'est l'éther qui est surtout employé comme anesthésique.

Dans certains cas, il se produit à la suite de l'injection des plaques de gangrène sur la paroi de l'abcès. La chose est facile à comprendre. Lorsque déjà il y a sur l'abcès un point très aminci, rouge, prêt à se rompre, la distention produite par l'éther détermine l'escharrification. Mais cela n'a aucune gravité : j'ai injecté une fois un abcès de la nuque gros comme les deux poings; il se forma au point de la piqûre une petite eschare qui se détacha et livra passage à toute la paroi de l'abcès, absolument comme cela se passe pour les kystes sébacés. Loin d'être un accident, c'est, en pareil cas, une terminaison qui doit être recherchée.

Une autre complication, c'est l'apparition, parfois observée, de douleurs très vives, très intenses. J'ai vu un cas de ce genre : il s'agissait d'une petite fille qui avait un mal de Pott avec abcès par congestion faisant saillie au-dessous de l'arcade crurale. L'enfant étant pusillanime, je l'avais endormie. Au réveil, elle accusa des douleurs très vives dans toute l'étendue du territoire du nerf crural; il y avait abaissement de la température, couleur livide du membre, indiquant l'interruption de la circulation. Ces derniers phénomènes disparurent rapidement; mais les douleurs persistèrent assez longtemps. Je m'explique ce fait par les rapports qui existent entre l'abcès et les branches du nerf crural, issus des parties latérales de la colonne vertébrale.

Les abcès par congestion fusent le plus souvent le long des branches nerveuses avec lesquelles ils restent en connexion. Quand on distend l'abcès par l'injection, les nerfs peuvent se trouver également distendus, et des douleurs vives en sont la conséquence. Mais le fait est loin d'être constant, si bien que je n'endors jamais les adultes pour pratiquer cette opération.

J'arrive maintenant à des accidents plus sérieux : il s'agit d'un homme de 40 ans, très robuste, qui est atteint d'un mal de Pott avec abcès par congestion. Le mal de Pott siège à la moitié environ de la région dorsale. Quant à l'abcès, il était situé à la partie latérale droite de l'abdomen, avait envahi la fosse iliaque et était distant de trois travers de doigt de l'arcade crurale.

Que faire en pareil cas? Il n'y a pas grand'chose à attendre des méthodes anciennes. Restent l'ouverture et le raclage. Vous savez combien je suis peu partisan de cette méthode. J'étais donc conduit à faire l'injection d'éther iodoformé. J'ai ponctionné et injecté une seringue et demi d'éther iodoformé, correspondant à 4 grammes d'iodoforme environ. Puis, j'ai retiré le poinçon avec les précautions convenables. A peine l'avais-je fait, que le malade a poussé un cri et accusé une douleur violente dans tout l'abdomen. Voici comment je m'explique ce qui était arrivé :

Mon abcès, qui descendait dans le ventre, avait refoulé l'intestin : je suis sûr de n'avoir pas blessé l'intestin, qui était écarté par la tumeur. Mais pour pénètrer dans la poche, j'ai dû traverser le péritoine qui, lui, n'avait pas été rejeté de côté. Or, Messieurs, qu'arrive-t-il parfois dans les ponctions exploratrices faites dans des kystes du foie?

On a remarqué que dans ces kystes, le liquide, très souvent inoffensif, peut, dans d'autres cas, être doué d'une toxicité extrême. On retire le trocart après avoir enlevé quelques gouttes seulement de liquide; alors, dans un effort, le liquide demeuré dans la poche passe par le petit trou fait au kyste, se répand dans le péritoine, et détermine une péritonite promptement mortelle.

Dans les ponctions de kystes de l'ovaire, on traverse bien aussi le péritoine, mais aussi on vide la poche, le liquide n'a pas de tendance à sortir, et l'on n'a pas d'accidents.

Dans notre cas, qu'avons-nous fait? non seulement nous n'avons pas vidé la poche, mais nous l'avons distendue. L'éther est sorti par la petite piqûre et s'est répandu dans le péritoine où il a donné lieu à une douleur très vive. Vous savez que le contact de l'éther sur les séreuses et les muqueuses, sur l'œil, par exemple, est des plus pénibles. Le malade est en outre resté tout le jour un peu intoxiqué. Il a eu des vomissements et des selles. L'accident n'a, d'ailleurs, pas eu d'autres suites; le lendemain, il n'en n'était plus question.

Messieurs, ceci va me servir à vous prouver qu'il n'est pas de règle sans exceptions. J'ai posé en principe en effet qu'il faut attaquer les abcès par congestion le plus tôt possible, et les injecter sitôt qu'ils deviennent accessibles. Ici, la conduite aurait dû être différente. Il aurait fallu attendre que la poche descendît plus bas. Quand elle aurait touché l'arcade crurale, le péritoine eût été refoulé, et l'on n'aurait pas eu à traverser la séreuse, à plus forte raison, on n'aurait rien eu de semblable à craindre s'il avait eu franchi l'arcade.

Si toutefois on avait des motifs pour ne pas vouloir attendre, on pourrait employer un expédient. Il consisterait à éviter l'éther qui distend la poche, et à se servir de la solution employée en Autriche, de la glycérine iodoformée. Pour 300 grammes de liquide retiré, j'injecterais une trentaine de grammes d'un liquide ainsi composé :

Glycérine.....	30 grammes
Iodoforme.....	4 —

On éviterait ainsi la distention de la poche et l'issue du liquide dans le péritoine.

III. — Nous allons pratiquer maintenant une injection d'éther iodoformé dans un cas où elle ne servira que de méthode adjuvante. Je m'explique : Il s'agit d'un malade entré dans le service, il y a un an déjà, pour un abcès près de la fesse. M. Kirmisson, alors chargé du service, lui fit une injection d'éther iodoformé. Les choses se passèrent très bien. Mais comme le malade était tuberculeux, il y eut une récidive. La collection actuelle occupe la face postérieure du sacrum, descend presque jusqu'à la pointe du coccyx. On

y sent la fluctuation, et la collection envoie un prolongement dans la fesse précédemment malade. Mais ce n'est pas tout : en palpant l'abcès on y rencontre des irrégularités, une sorte de crépitation ; il y a dans cet abcès des grains riziformes, comme dans ces kystes que l'on rencontre le plus souvent au poignet.

Ici, l'injection iodoformée ne suffira pas, car elle laissera persister ces grains riziformes, dont la puissance irritera la séreuse et amènera la reproduction du liquide. On est obligé d'ouvrir les poches et de les laisser suppurer, à moins qu'on ne préfère le raclage.

Je vais néanmoins faire une injection iodoformée, parce que, *toutes les fois qu'on opère pour une tuberculose circonscrite, il faut d'abord stériliser le foyer*, le ramener aux conditions d'un foyer pathologique simple.

C'est qu'en stérilisant le foyer, vous stérilisez le système vasculaire : vous introduisez dans le sang un agent qui empêche ce sang de cultiver les bacilles. Les tentatives de généralisation et de colonisation sont déjouées. De fait, pour qu'il y ait échange de mauvais procédés entre le poumon et la partie malade, cet échange ne peut se faire que par le système vasculaire. Si nous parvenons à stériliser le sang, cet échange n'est plus possible.

Remarquez bien que cette colonisation n'est pas un fait négligeable. Il y a un nombre considérable de cas dans lesquels une opération pratiquée pour une tuberculose locale a donné naissance à la granulie et à une mort rapide. J'en ai vu moi-même des exemples. Mais je dois ajouter que, depuis que j'ai adopté le précepte de stériliser le sang par une injection pré-opératoire, ces faits ont pour ainsi dire disparu. On peut alors inciser, gratter l'abcès : les colons manquant, la colonisation n'aura pas lieu.

Dans le cas actuel, j'aurai ultérieurement recours à ce grattage, que je considère d'une façon générale comme un mauvais procédé, mais qui peut rendre des services dans des cas exceptionnels. Mais, grâce à l'injection pratiquée aujourd'hui, je raclerai un foyer simple, puisque je l'aurai, à l'avance, stérilisé.

L. GREFFIER.

CLINIQUE MÉDICALE

Abolition du sens musculaire limitée à la main droite, consécutive à une pneumonie (1).

Par le Dr L. GALLIARD.

Le malade dont je désire parler aujourd'hui, M. A..., âgé de 37 ans, n'est pas un inconnu pour la Société clinique. J'ai relaté la première partie de son observation dans la séance du 12 janvier 1888. Il avait été atteint, à la fin de septembre 1887, de pneumonie hyperthermique (42°,1 le 3e jour). Après une recrudescence procritique, il avait effectué sa défervescence le onzième jour ; le quinzième jour phlegmatia alba dolens à gauche ; le vingtième jour, pleurésie légère disparaissant en une semaine.

Or, dans le cours de cette pneumonie, intéressante, je crois, à divers titres, j'avais noté un fait auquel je n'attachais guère d'importance au premier abord. Le neuvième jour de la maladie, j'avais écrit les lignes suivantes : *Le sujet se plaint d'éprouver à la main droite des fourmillements et d'avoir une sensation de froid ; la main est inhabile à saisir les objets et légèrement hyperesthésiée.* Ce jour-là, en effet, le phénomène avait été non seulement signalé à moi-même, mais indiqué aussi à M. Dieulafoy que j'avais appelé en consultation. Le malade, paraissant ignorer nos graves préoccupations (la pneumonie battait son plein), insistait sur cet incident négligeable à nos yeux en un pareil moment.

Et voici pourquoi il nous parlait de la sorte : au mur que touchait le côté droit de son lit était suspendue sa montre ; or, quand il voulait saisir cette montre pour l'approcher de ses yeux, ce qui lui arrivait souvent dans la journée, il s'étonnait de ne pas trouver là un objet solide, résistant à la pression des doigts, et alors se défiant de ses impressions, craignant un accident, il préférait renoncer à la manœuvre projetée.

Nous pensâmes qu'il y avait là une perversion passagère de la sensibilité et une détérioration du sens musculaire destinée à disparaître au moment de la convalescence. Mais en réalité ce trouble, né à la période d'état de la pneumonie, survécut à la convalescence.

Le 6 janvier 1888, M. A..., complètement guéri des accidents thoraciques, n'ayant plus qu'un léger gonflement de la jambe, consécutif à la phlébite, avait repris ses occupations, il s'était remis à travailler, à écrire, mais je notais encore un certain degré d'engourdissement et d'affaiblissement de la main droite qui gênait M. A... ; ce qui l'incommodait surtout dans l'acte d'écrire, c'était la nécessité où il était de se regarder constamment la main pour voir si la plume était bien placée entre les doigts. Il n'avait pas la sensation que donne un corps résistant et craignait toujours de laisser échapper l'objet.

Examinant la main avec soin, je constatai qu'il n'y avait ni atrophie, ni diminution de la force musculaire, ni anesthésie d'aucun ordre (contact, chaud et froid) ni hyperesthésie, ni phénomène vaso-moteur. Il ne s'agissait donc que d'une altération du sens musculaire.

Je conseillai au malade de prendre patience, lui faisant espérer la disparition prochaine de ce trouble nerveux avec celle des derniers vestiges de l'infection pneumonique ; je recommandai simplement des frictions à l'alcool camphré, du massage et un exercice modéré. Je ne parle pas du traitement général tonique auquel le sujet était soumis.

Dans le courant du mois de février, M. A... vint me voir pour me montrer d'abord sa jambe qui enflait

(1) Communication faite à la Société clinique de Paris.

encore le soir et pour me parler, d'autre part, de sa main. De ce côté, aucune amélioration. Le sujet ignorait toujours la différence entre un objet dur et un mou.

Cherchant son porte-monnaie dans une poche où se trouvait en même temps sa paire de gants, il était incapable de choisir l'un plutôt que l'autre ; il était alors obligé de prendre les deux objets, de les regarder, pour se décider, et quand il les tenait il ne pouvait les quitter des yeux sous peine de les laisser échapper. Qu'un corps fût lourd ou léger, il n'y prenait garde, n'ayant pas la notion de l'effort nécessaire pour soutenir un corps pesant, ayant perdu la faculté d'apprécier l'énergie de ses contractions musculaires. Du reste, guidée par la vue, la main exécutait tous les actes volontaires avec la même précision que par le passé ; mais quand il s'agissait de certains actes délicats : tenir un objet fragile, un verre, une montre, M. A... était obligé de redoubler d'attention ; il n'aurait osé ni manier un couteau, ni surtout se raser.

Même constatation qu'au début quant à l'état de la sensibilité, de la motilité, de l'état de nutrition de la main ; c'est-à-dire que le sens musculaire semblait seul atteint.

Il fallait donc songer à un nouveau mode de traitement ; je proposai les courants continus ; mon client se procura une batterie de 9 éléments et en usa suivant mes indications pendant un mois. Au bout de cette période, il vint m'annoncer que l'électrisation avait échoué comme le reste. Il n'avait, du reste, aucune envie d'essayer de nouveaux remèdes.

Les choses en restèrent donc là. Pendant l'été M. A... fit, sur mon conseil, surtout pour achever la guérison de sa phlébite, une cure à Aix, puis un séjour à la campagne, en Savoie. Pas de modification de l'état de la main.

Pendant l'année 1889, M. A... n'eut pas besoin de mes avis, mais au mois de janvier 1890, venant me consulter pour des troubles de santé de peu d'importance, il m'entretient de rechef de son infirmité. Je pus donc l'examiner encore à loisir.

Mêmes symptômes négatifs que jadis : pas de troubles de la calorification, la main droite n'est ni plus froide ni plus chaude que l'autre. Pas de troubles trophiques cutanés ni musculaires, la peau est saine, il n'y a pas d'atrophie des éminences thénar ou hypothénar, des interosseux, etc., pas d'atrophie des muscles de l'avant-bras ni du bras. Pas d'affaiblissement des muscles, la main serre ma main, les doigts s'étendent et se fléchissent comme à gauche. (Je dois reconnaître que je n'ai pas recherché l'état de la contractilité électrique.) Pas de diminution de la sensibilité à la piqûre, au pincement, au contact ; j'ai fait à cet égard une exploration minutieuse.

Pas de thermoanesthésie pour le chaud : la main perçoit nettement la sensation de chaleur que donne une éprouvette dans laquelle j'ai fait tout à l'heure bouillir de l'urine et qui est restée tiède. Quant au froid, il y a une distinction à établir : lorsque je fais toucher au sujet un presse-papier en marbre qui se trouve sur ma table, alternativement avec l'une et l'autre main, il m'affirme qu'à droite la sensation de fraîcheur qu'il devrait éprouver est singulièrement atténuée. Je suis donc autorisé à noter un certain degré d'anesthésie *pour le froid seulement*, et seulement au niveau de la main.

Que reste-t-il encore ? Je confie à la main de mon client alternativement un objet pesant, une boîte qui est sur mon bureau, puis un petit encrier en bois très léger en le priant de détourner les yeux : or il est incapable de me dire laquelle des deux choses est la plus lourde. Il me montre deux objets qu'il a dans sa poche, dont il se sert constamment et qu'il ne distingue pas l'un de l'autre sans les avoir regardés. Il a besoin, comme jadis, de toute son attention pour diriger sa plume à écrire. Souvent il laisse échapper les objets de sa main et l'ignore. Récemment il a eu une aventure désagréable : une dame lui avait confié, pour un instant, un éventail de prix ; il s'observait afin d'éviter un accident et cependant l'éventail est tombé et s'est brisé.

Le sujet n'a donc pas conscience des contractions musculaires qu'il doit effectuer ou qu'il effectue en réalité ; il est incapable de mesurer son énergie contractile ; il a perdu, à la main droite, le *sens musculaire*. Or ce sens est conservé dans toutes les autres régions, même au bras droit, même à l'avant-bras, où l'on cherche en vain de pareils désordres.

Et j'ajoute qu'on ne découvre, dans la région intéressée pas plus qu'ailleurs, en dehors de la thermoanesthésie pour le froid, aucune autre manifestation pathologique.

Quelle est la cause de cette abolition limitée du sens musculaire ? Au point de vue de l'étiologie, je n'ai qu'une chose à affirmer, c'est l'influence incontestable de l'infection pneumonique. Avant la pneumonie, jamais M. A..., qui est très intelligent et s'observe très bien, n'avait eu de trouble fonctionnel de ce genre et c'est bien à la période d'état de cette maladie, qu'il a remarqué, comme je l'ai indiqué, l'inhabileté de sa main droite.

J'ai recherché les autres influences. M. A... m'a avoué qu'il avait eu, à une époque déjà éloignée, la syphilis (non notée dans la première observation). Quant au nervosisme, je me suis efforcé depuis plus de deux ans d'en découvrir les manifestations sans rien trouver de sérieux. Pour ce qui concerne la famille, je connais la mère qui est bien portante ; quant au père, il est dyspeptique et manifestement hypochondriaque. Je vois souvent le frère qui est irrésolu, craintif, disposé, comme le père, à l'hypochondrie, mais assez bien équilibré cependant pour porter avec mon client, qui est son associé, le poids d'affaires importantes.

Quel est le pronostic ? Cette abolition limitée du sens musculaire qui date déjà de plus de deux ans, doit-elle disparaître un jour ? Présage-t-elle d'autres désordres

du système nerveux central ou périphérique et spécialement des atteintes d'hystérie? Et peut-on instituer un traitement? Telles sont encore les questions à résoudre.

PATHOLOGIE MENTALE

Le délire alcoolique et ses modalités réactionnelles (1),

Par le Dr Paul Garnier,
Médecin en chef de l'Infirmerie spéciale du Dépôt.

Le délire alcoolique, on ne saurait trop le répéter, n'est qu'un épisode aigu au cours d'une intoxication habituelle et plus ou moins prolongée.

Si l'ivresse apparaît comme une aventure où l'imprévu joue le principal rôle, le délire alcoolique, — *delirium tremens*, fébrile ou non fébrile, — se montre comme un événement qu'il était possible d'escompter puisqu'il n'est que l'échéance de désordres cérébraux lentement amassés, échéance qui, pour être incertaine en sa date, n'en était pas moins fatale en quelque sorte. Arrivé à un point suffisant d'imprégnation toxique ou de saturation alcoolique, le délire peut surgir à l'occasion de la moindre cause, et, pour qu'il éclate, l'intervention d'un nouvel appoint éthylique n'est même pas nécessaire. Une perturbation organique quelconque — maladie fébrile, traumatisme physique ou traumatisme moral réalisé par une émotion vive, l'annonce d'une nouvelle grave, un sentiment violent, etc. — sont des motifs susceptibles de provoquer, sur ce terrain ainsi préparé, l'explosion de la psychose alcoolique.

Si l'on voulait résumer en une formule les caractères essentiels de cette variété de folie, on pourrait la définir : un accès de délire éclatant à la faveur d'une imprégnation toxique préalable, après s'être annoncé par de l'insomnie, et consistant essentiellement en des troubles hallucinatoires, multiples, mobiles, pénibles, commandant des réactions motrices immédiates, s'accompagnant de tremblement plus ou moins généralisé et de secousses musculaires, avec exacerbation nocturne de l'agitation anxieuse.

Les phénomènes hallucinatoires, qui mettent surtout en cause le sens de la vue, sont ici le symptôme tellement nécessaire qu'on peut dire qu'il n'y a pas de délire alcoolique sans troubles sensoriels. Ce sont ces phénomènes hallucinatoires si mouvementés qui communiquent à cette forme d'aliénation mentale ses allures vraiment spéciales, car ils dominent absolument toute la scène pathologique. Dans son délire, l'alcoolique est avant tout *un tragique;* dans ses conceptions fantaisistes, c'est un dramaturge qui édifie de toutes pièces un roman où tout est horrible, terrifiant, et dont il est le plus souvent le héros aux transformations multiples et étranges.

Vivant dans cette fiction désordonnée et sinistre, il se présente habituellement aux yeux de l'observateur sous les dehors d'un homme harcelé par les craintes les plus chimériques.

Inquiet, effaré, anxieux, terrorisé, le délirant alcoolique est un panophobe irrésistiblement sollicité par le besoin de fuir un danger *immédiatement* menaçant. Mais, si tout l'invite à la fuite et le pousse vers une issue quelconque, il arrive que, affolé, éperdu, il se jette aveuglément à travers les obstacles, se rue sur un ennemi imaginaire et, dans une sorte de convulsion de la peur, frappe avec une invincible énergie.

Sous la pression de cette frayeur qui le talonne, donne à sa physionomie, à ses gestes une expression si saisissante, le malade a une façon d'énoncer ses terreurs qui n'appartient qu'à lui.

Aussi bien, à supposer qu'il fût caché aux regards de l'observateur, serait-il encore possible, rien qu'à l'exposé de ses propositions étranges, de discerner à qui on a affaire.

Ce qu'il raconte, c'est un événement qui vient de se passer à l'instant même ou dont l'action, se poursuivant encore, motive ses incessantes alertes. Et cette actualité même le pénètre et le fait participer à son mouvement. Il s'agite à l'instar de ce qui s'agite autour de lui, dans son cerveau d'halluciné. Dans ses créations fantasmagoriques, il ne se borne pas à une sobre figuration. Metteur en scène fécond, il fait presque toujours intervenir des collectivités d'êtres animés, hommes ou bêtes, et parfois des foules qui ondulent, se déplacent, des armées qui en viennent aux mains.

Quand le délirant alcoolique, au plein de son accès de panophobie, fait irruption dans un poste de police pour réclamer protection, l'air effaré, anxieux, il n'annonce pas un seul ennemi..... Il y en a dix, vingt, cent, armés jusqu'aux dents, qui le poursuivent et qui sont sur ses talons..... S'il grossit les chiffres, ce n'est pas seulement pour couvrir sa poltronnerie et donner à sa fuite un prétexte honorable..... cette amplification est au fond de toutes les conceptions de l'aliéné alcoolique.

Appelé en des directions diverses, par ses troubles sensoriels, il ne tient pas en place. Pendant que vous le questionnez sur la nature de ses appréhensions, il vous quitte, brusquement, comme un homme mandé vivement autre part. L'un de ces hallucinés que j'essayais de retenir me répondit : « Comment voulez-vous que je reste là, à causer, *quand la maison flambe!* » et il se prit à courir, en criant : « Au secours! au feu! »

Le délire alcoolique appelle presque invariablement avec lui la crainte, l'angoisse la plus vive. Quand le malade ne se dit pas menacé par des ennemis acharnés

(1) Cet article est détaché d'un ouvrage qui doit paraître prochainement à la librairie J.-B. Baillière : *La Folie à Paris*, étude statistique, clinique et médico-légale.

à sa perte, sa disposition lypémaniaque le fait s'armer d'une fausse accusation contre lui-même.

Il déclare qu'il vient de commettre un crime épouvantable, le cadavre de sa victime est là, attestant son forfait..... il en parle avec un indicible effroi et la prévision d'un châtiment qui ne peut tarder. Parfois le délire, sourdement préparé de longue main, il est vrai, fait irruption soudainement et se fait jour dans un éclair de violence imitant l'impulsion vertigineuse comitiale.

Un sieur C... Pierre, trente-sept ans, intempérant endurci, a de confuses appréhensions depuis quelques jours et il dort mal. Il continuait cependant à vaquer à ses affaires. Le 13 mai 1884, il est attablé dans un restaurant avec trois de ses amis. Tout à coup, il se saisit d'un couteau à découper, bondit sur ses camarades et les frappe avec acharnement... Le lendemain il explique qu'il avait pris ses amis pour des juges qui l'avaient condamné à mort.

Quant à la multiplicité et à la mobilité des phénomènes hallucinatoires, les quelques faits ci-dessous relatés en sont des exemples suffisamment nets.

D... Charles, âgé de quarante-deux ans, jardinier, célibataire, est un intempérant de longue date. Une habitude à laquelle il ne déroge guère est de prendre tous les matins 30 centilitres d'eau-de-vie et dans le courant de la journée une quantité à peu près égale. Il ajoute à cela environ deux litres de vin et de temps à autre quelques verres d'absinthe.

D'une robuste constitution, indemne d'antécédents héréditaires, il a longtemps résisté aux effets de cette intoxication. Mais depuis environ trois mois, son humeur a changé, il est devenu irritable; la nuit, il n'a presque plus de sommeil et est tourmenté par des inquiétudes vagues.

En septembre 1888, il tombe tout à fait malade, il divague, voit des ennemis autour de lui. On l'amène à l'infirmerie spéciale, en plein accès de délire alcoolique. Il nous raconte qu'il s'apercevait qu'on plaçait des excréments sous sa fenêtre tous ces derniers jours. La personne qui habite au-dessus de chez lui urinait dans un pot de fleurs..... ça coulait par le trou d'échappement;... ça se répandait partout et ce n'était qu'un cri contre lui, dans la maison, car on l'accusait de faire toutes ces saletés. Cette même personne prenait aussi une échelle à l'aide de laquelle elle pénétrait chez lui et venait déposer ses excréments dans les tiroirs de sa commode et jusque dans sa soupière. Elle a *empoisonné* son lit... C'est une abomination..... Les voisins le prennent pour un gâteux, l'appellent : « gros cochon... grosse vache... vieille saleté... » On a aussi empoisonné l'eau du réservoir de la maison, et on a versé de l'acide salicylique dans une petite bouteille d'eau-de-vie,... » Quelques jours avant son envoi à l'infirmerie Charles D... avait été conduit au violon à la suite d'une scène désordonnée à son domicile.

« Dans la nuit, dit-il, j'entendis un agent et un valet de chambre « débattre le prix de ma peau ». Elle fut adjugée pour 100 francs. Une personne est venue apporter au commandant du poste 500 francs et une dépêche du procureur de la République pour demander si l'affaire était conclue.

« Deux individus ont ensuite pénétré dans ma cellule et ont essayé de s'emparer de moi; mais, je les ai repoussés à coups de poings. Ils sont revenus à la charge, armés, cette fois, de révolvers et de poignards. Je me suis mis à crier à l'assassin! Ce que voyant, mes agresseurs se sont retirés en disant : « Remettons l'affaire à demain, 6 heures. »

« Le lendemain matin, le commissaire de police me fit porter par un agent du bœuf avec des carottes et un verre de vin. Les aliments et la boisson étaient empoisonnés. Je n'ai mangé qu'une carotte et je n'ai pas bu de vin; cependant j'ai été très malade. Vers huit heures, le procureur de la République arriva et dit aux personnes qui étaient présentes : « Qui donc me débarrassera de cet animal-là? » Il envoya chercher un médecin pour déclarer que j'étais fou et que je devais être tué à coups de revolver. Mais le médecin ne voulut pas signer de certificat en disant *qu'il ne voulait pas tremper les mains dans une pareille affaire.*

« On décida alors de m'étrangler. Mais le capitaine des pompiers m'a sauvé en faisant placer ses hommes dans les cellules voisines et derrière les portes.

« Le procureur a dit ensuite que j'avais volé des bijoux chez mon patron et que je les avais cachés dans ma chambre. « Aussi, disait-il, pour qu'il n'y ait pas « de preuves, il faut le faire disparaître. » Enfin, on me trouva malade et on m'envoya à l'hôpital. Mais là, les sœurs m'espionnèrent toute la nuit par des judas pratiqués dans le plafond. Je les ai entendues dire : « Fait-il un nez! A-t-il une tête. Ah! non! mais a-t-il « une tête! En voilà un qui ne verra pas lever le soleil « demain! » Elles ont empoisonné une purge prescrite par le médecin, ont mis de l'arsenic dans le pain, de l'acide salicylique dans mon potage, dans mon lait, dans mon vin. La supérieure était continuellement à m'espionner et à me forcer à prendre le poison. Voyant le sort qui m'était réservé, je résolus de me sauver! » Charles D... s'enfuit, en effet, de la salle où il était couché, en proie au délire alcoolique; il traversa le jardin, franchit un mur et vint tomber dans la rue où on l'arrêta pour le conduire au dépôt.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, Directeur Jules Rochard. Tome deuxième, fascicules 2 et 3.

Avec le deuxième fascicule commence l'étude de l'hygiène alimentaire dont nous possédons deux chapitres, le premier dû au professeur Gabriel Pouchet

traite des aliments, le second dû à la plume du professeur Armand Gautier traite des eaux potables.

L'histoire hygiénique de l'alimentation a été présentée par son auteur sous une forme pratique. L'aliment est d'abord défini par son rôle puis il est étudié dans ses diverses formes de substances alimentaires telles que la nature nous les présente, c'est-à-dire telles qu'elles sont introduites dans le tube digestif. Une classification rationnelle basée sur le rôle physiologique aurait sans doute été plus conforme à la physiologie, mais il aurait fallu sacrifier trop aux hypothèses, et les résultats de cette étude auraient été trop incertains. L'auteur nous montre d'abord les ressources alimentaires des peuples primitifs, l'amélioration de ces ressources à mesure que l'humanité marche et en arrive ainsi à tracer l'histoire de l'alimentation à l'époque actuelle suivant les peuples et les contrées et suivant les conditions sociales. Il y a dans ces pages intéressantes plus d'un enseignement à tirer pour l'hygiène. L'étude des aliments en particulier vient ensuite ; elle est divisée en deux paragraphes, aliments tirés du règne végétal, aliments tirés du règne animal. Ces aliments sont étudiés dans leurs compositions chimique depuis la forme pour laquelle la nature nous les sert jusqu'aux modifications parfois profondes que l'homme juge à propos de leur faire subir pour son agrément ou son utilité. La valeur alimentaire est beaucoup changée, toujours diminuée dans les préparations que l'homme fait subir aux substances alimentaires. A part les travaux de Pasteur sur le vin, ceux de Chevreul, Liebig et de la Commission de l'Académie des sciences sur la viande et le bouillon, nous, ne possédons aucun travail sur les changements que les préparations culinaires apportent dans les aliments. La chimie culinaire, qui serait d'un si grand intérêt pour l'hygiène alimentaire, est encore inconnue. M. Pouchet signale avec raison cette lacune. L'étude des condiments termine celle des aliments. Sans entrer dans une analyse qui serait d'ailleurs inutile, nous nous contenterons de dire que le médecin trouvera dans cette partie les renseignements les plus utiles pour l'avenir de sa profession ; mais ce n'est pas là le seul mérite de ce chapitre qui se distingue par la clarté et le pittoresque qui ajoute à l'intérêt.

De même que M. Pouchet, le professeur Gautier, dans ce chapitre des eaux potables, a tenu à rester pratique et clair, à la portée du grand public médical, et dans ce travail il a gardé toutes ses maîtresses qualités. De tout temps on a connu l'importance des eaux alimentaires, de l'eau en général, qui représente pour l'homme un milieu non moins important que l'air. Il appartenait à notre époque de voir cette importance s'accroître encore par le rôle funeste que certaines eaux peuvent jouer dans la genèse des maladies. Après avoir montré l'importance des eaux potables, le professeur Gautier étudie le rôle de l'eau comme boisson, la seule qui soit nécessaire. Les qualités des eaux potables, la nature et la proportion des matières minérales de ces eaux sont ensuite étudiées, après quoi l'auteur nous montre les qualités des diverses eaux potables, des eaux de pluie, de citerne, de l'eau distillée, des eaux de sources, de puits artésiens, des eaux de rivières, de canaux, des eaux des glaciers, des lacs, enfin des eaux stagnantes. Dans l'économie domestique certaines eaux jouent un rôle important : ce sont ces eaux minérales naturelles ou artificielles et l'eau glacée, qu'elle soit empruntée aux étangs et aux rivières au moment des gelées ou qu'elle soit le résultat de la fusion de la glace artificielle. L'auteur nous prévient ici du danger de l'eau glacée naturelle qui a conservé tous ses microbes malgré sa belle apparence. La conservation et l'épuration des eaux par des procédés chimiques, par la chaleur et la distillation, enfin par la filtration sont des questions de la première importance dans la prophylaxie des maladies. M. Gautier étudie ensuite ce rôle des eaux potables nuisibles dans le développement des maladies ; ces eaux peuvent être nuisibles par un défaut ou un excès de matières salines, par la présence d'un produit dangereux ou toxique, de matières organiques, de microbes abondants spécifiques ou non. Dans une dernière partie, l'auteur fait connaître les essais spécialement propres aux eaux potables et les méthodes qui permettent de les connaître et de les classer ou de rechercher par l'examen microscopique les matières rares ou les organismes vivants dont on n'a pas à se préoccuper dans les analyses ordinaires. Cet exposé sommaire des matières fera juger de l'importance pratique comme de la nouveauté de ce chapitre.

L. Jumon.

REVUE DE LA PRESSE

A propos de la nona, par A. Zampetti. (*Gazetta degli ospitali*, n° 23. Mars 1890.) — L'auteur fait remarquer que lorsqu'on a l'esprit préoccupé par une épidémie dominante, on est toujours tenté d'attribuer à cette maladie tous les phénomènes morbides qui peuvent survenir. Aussi, a-t-il été fort étonné, quand il a vu attribuer à l'influenza des cas de sommeil observés chez des malades atteints de cette affection. Ce qu'il a observé l'a convaincu que ces cas que l'on a désignés sous le nom de « nona » sont bel et bien des cas de *sommeil ou de léthargie hystérique* qui n'ont pas avec l'influenza de véritables rapports de cause à effet.

L'auteur rapporte à l'appui une observation personnelle.

Les nouveaux hypnotiques, par Schivardi (*Gazetta degli ospitali*, n°s 18, 19, 20, 21. Mars 1890). — 1° Ural : C'est un composé de chloral et de l'uréthane.

L'auteur rapporte les expériences de Poppi, tant

sur les animaux que sur l'homme. Poppi est arrivé aux conclusions suivantes :

L'ural doit être préféré à ses composants, le chloral et l'uréthane. L'uréthane ne produit pas toujours l'effet qu'on en attend. Il en est de même du chloral : chez les individus faibles, très sensibles, des doses un peu élevées peuvent abaisser la circulation et la respiration, et faire tomber la température de 0,5 à 1°, et même davantage. Il produit souvent des irritations du tube digestif.

L'action hypnotique de l'ural peut tarder de une demi-heure à une heure, mais en général, elle est assez prompte et presque immédiate. On le donnera dissous dans l'alcool. Le sommeil est léger. Si la dose n'a pas été excessive, il ne reste aucune sensation de vertige, ni d'obtusion intellectuelle.

La dose de 4 gr. 1/2 a toujours été bien supportée. L'ural a l'avantage de coûter un prix modique ;

2° Hyoscine. On l'extrait de l'*hyosciamus niger* qui contient deux alcaloïdes, l'hyosciamine et l'hyoscine. Elle a été d'abord employée en Allemagne, par Illing (de Kiel), dans la toux convulsive, l'asthme bronchique, l'entéralgie, l'épilepsie ; le sel le plus actif est l'iodhydrate qu'il prescrivit pour l'usage interne à la dose de 1 à 2 milligr. et en injections sous-cutanées à celle de 3/4 de milligr.

Erb employa l'hydrochlorate d'hyoscine en injections sous-cutanées à la dose de 2 à 4 dix-milligrammes chez les phtisiques, et chez les femmes atteintes de paralysie agitante, et obtint même à cette dose des effets toxiques. Dans presque tous les cas, on observe la dilatation des pupilles, la perte de leur réaction à la lumière, des désordres de l'accommodation. Presque toujours, on obtient un calme de quelques heures chez les malades atteints de paralysie agitante et de tic convulsif.

Wetherell en a obtenu de bons effets, dans l'insomnie qui accompagne le délire aigu, la mélancolie agitante, la morphinomanie, l'alcoolisme et les désordres mentaux chroniques.

Bruce (1886) représente l'hyoscine comme un des sédatifs les plus puissants et les plus sûrs pour combattre l'excitation cérébrale du delirium tremens et de la manie aiguë.

Kny, à Strasbourg, a également employé l'hyoscine dans les maladies nerveuses (1/2 à 3 milligr. par jour). Malfilatre et Lemoine le considèrent comme un excellent palliatif, dans tous les cas d'insomnie avec agitation chez les aliénés. C'est à cette conclusion que sont arrivés de nombreux auteurs en Europe et en Amérique. Tous, toutefois, s'accordent à reconnaître que les sels d'hyoscine sont assez toxiques et peuvent, même administrés avec prudence, donner lieu à des phénomènes graves, mais qui peuvent être efficacement combattus par le chloral et se dissipent d'eux-mêmes au bout d'un certain temps ;

3° Chloralamide. C'est un produit d'addition du chloral anhydre et de la formiamide.

Reichmann l'a expérimenté d'abord à la dose de 1 gr. avec un résultat peu marqué. — A 2 grammes, une femme atteinte de bronchite et céphalée a dormi toute la nuit ; il en a été de même d'une chlorotique avec insuffisance mitrale et d'un homme atteint d'endocardite, rebelles à l'influence de la morphine. — Avec 3 grammes, il a réussi à faire dormir des alcooliques tourmentés par une insomnie grave. Le chloralamide a agi également dans un cas de colique hépatique et dans un autre de névralgies intenses.

Rabow a trouvé que le nouvel hypnotique agit plus lentement que l'hydrate de chloral, mais plus rapidement que le sulfonal.

Drasche conclut que le chloralamide est un bon hypnotique, mais qu'il n'est pas absolument sûr.

Il doit être donné à la dose de 2 à 3 grammes. Il n'exerce aucune action nuisible, ni sur le cœur ni sur la circulation et peut être administré sans crainte dans les affections cardiaques ; il peut produire de la douleur de tête et des vertiges, quelquefois des troubles digestifs et des vomissements. Il n'a pas d'action cumulative ;

4° Somnal. Il résulte de l'union de l'éthyle au chloral et à l'uréthane et diffère de l'ural par quatre atomes d'hydrogène et deux de carbone en plus. Il aurait, d'après Radlaner, les mêmes avantages que le chloral et l'uréthane, mais sans en avoir les inconvénients. A la dose de 2 grammes, il procurerait aux malades, au bout d'une demi-heure, un sommeil calme qui se prolongerait de six à huit heures, sans présenter au réveil de conséquences désagréables. Il n'exerce aucune action, ni sur le pouls, ni même sur la digestion, ni sur la température, ni sur la respiration.

On a reproché à ce médicament, d'être un mélange incertain et non une combinaison chimique bien définie.

L. Greffier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 mai 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le Dr Duvernet qui envoie le relevé des vaccinations qu'il a pratiquées en 1889 sur les nourrices à la préfecture de police ; 2° une lettre de M. le Dr Moinel, médecin-major de 2e classe, avec un mémoire sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en 1889 sur les hommes de la garnison d'Epinal ; 3° un travail de M. le Dr Hébert sur l'épidémie de grippe dans le canton de Pont-Croix (Finistère) ; 4° une observation de fibro-myôme de l'ovaire enlevé par l'ovariotomie, par le Dr Millot-Carpentier, de Crèvecœur (Nord).

M. Leblanc dépose un rapport manuscrit de M. Raoul Cagny, vétérinaire à Senlis (Oise), sur les épizooties dans cet arrondissement et leurs rapports avec la santé humaine.

M. Bergeron présente de la part de M. Napias un ouvrage intitulé : L'Assistance publique dans le département de Sambre-et-Loire (Extrait de la *France médicale*).

M. Brouardel dépose une note de M. Crié sur les altérations des arbres pendant leur vie.

Élections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers (1re division).

Pour la première place, sur 64 votants, majorité 33, M. Van der Corput (de Bruxelles) est élu par 53 voix contre 4 données à M. Moncorvo, 3 à M. Crocq, 3 à M. Kalindéro et 1 bulletin blanc.

Pour la deuxième place, sur 58 votants, majorité 30, M. Moncorso (de Rio-de-Janeiro) est élu par 45 voix contre 9 données à M. Crocq et 4 à M. Kalindéro.

De la grippe au point de vue chirurgical. — M. Verneuil lit un travail dans lequel il examine successivement : 1° les affections d'ordre chirurgical engendrées par la grippe; 2° les opérations chirurgicales dans le cours ou pendant la convalescence de la grippe : 3° l'action que la grippe, à titre de maladie intercurrente, exerce sur les blessures et opérations et les différentes affections chirurgicales non traumatiques.

L'orateur démontre d'abord que les principales manifestations chirurgicales de la grippe consistent dans la formation d'abcès ou d'épanchements cavitaires, primitifs ou secondaires (otites, parotidites, pleurésies, péritonite, péricardite purulentes, abcès ganglionnaires, etc.)

Ces inflammations suppuratives de la grippe peuvent devenir graves, soit par leur extension aux méninges, soit par leur tendance à s'accompagner des signes classiques de l'infection purulente.

En dépit de la nature infectieuse de la grippe, les complications chirurgicales de cette maladie doivent être traitées par les moyens opératoires appropriés.

Le pronostic des opérations pratiquées dans ces circonstances devra être réservé comme d'ailleurs celui de tout traumatisme accidentel ou thérapeutique chez les sujets atteints de toxémie et surtout de maladie infectieuse. Il dépend moins de la lésion locale que de l'état général du patient.

En dehors des opérations d'urgence et de celles que nécessitent les affections précédemment indiquées comme conséquences de la grippe, toute opération qui serait permise chez un patient ordinaire sera ajournée chez un convalescent de grippe jusqu'à rétablissement complet. A l'appui de cette opinion, l'orateur relate l'observation d'une malade qui, opérée d'une tumeur du sein, alors qu'elle était convalescente de grippe, mourut d'infection purulente.

Il est impossible de préciser l'époque de ce rétablissement, mais la convalescence est généralement tardive et les rechutes fréquentes et graves.

L'orateur étudie ce qui se passe quand la grippe vient frapper un malade, un opéré ou un blessé, et quels changements elle peut imprimer à la maladie ou au processus réparateur de la blessure.

Sur ce dernier point, les renseignements sont jusqu'à présent contradictoires. D'après MM. Berger et Peyrot les maladies chirurgicales se seraient comportées, chez les grippés, lors de la dernière épidémie, comme en temps ordinaire. Au contraire, à la Charité, où la grippe a sévi avec une intensité particulière, on a cependant constaté, chez les opérés du service de M. Trélat qui furent atteints de la maladie, divers phénomènes révélant que le processus de réparation subissait un temps d'arrêt.

A Bordeaux, M. Demons a également remarqué que la physionomie de la pratique chirurgicale avait présenté quelque chose de spécial pendant la dernière épidémie, et il estime qu'en dehors des cas d'urgence et pendant les épidémies de grippe, il faudra s'abstenir le plus possible de toute opération, mais tout spécialement de celles qui porteraient sur les cavités buccales, nasales, pharyngiennes et respiratoires.

De nouveaux documents sont nécessaires pour élucider définitivement le rôle que joue la grippe chez les blessés et les opérés, et l'orateur reviendra ultérieurement sur cette question.

A 5 heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Chauvel sur les candidats dans la section de pathologie chirurgicale. La section présente les candidats dans l'ordre suivant : En 1re ligne M. Terrier; en 2e ligne, M. Périer; en 3e ligne, M. P. Berger; en 4e ligne, M. Nicaise; en 5e ligne, M. Horteloup; en 6e ligne, M. Terrillon.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 avril 1890. — Présidence de M. Hermite.

De l'action polaire positive du courant galvanique constant sur les microbes et en particulier sur la bactéridie charbonneuse. — MM. Apostoli et Laquerrière. L'action antiseptique et microbicide du courant galvanique constant, entrevue par l'un de nous dès 1886 (1), a été l'objet de nos communes recherches depuis deux ans.

Dans une Note déposée sous pli cacheté à l'Académie des Sciences, le 12 août 1889, nous avons consigné les premiers résultats d'expériences entreprises en plaçant d'abord les pôles aux deux extrémités d'une même éprouvette contenant des bouillons de culture, et à peu de distance l'un de l'autre. Toutes nos expériences ont eu le contrôle de l'ensemencement et de l'inoculation à l'animal (lapin ou cobaye).

Voici nos premières et principales conclusions :

1° L'action du courant galvanique constant sur les cultures est en rapport direct avec l'intensité du courant évaluée en milliampères.

2° Pour une même intensité, et toutes choses égales d'ailleurs, il convient de tenir peu de compte de la durée de l'application, l'intensité du courant restant toujours le facteur principal.

3° Un courant de 300 milliampères et au-dessus, appliqué pendant cinq minutes, tue constamment la bactéridie charbonneuse. Les ensemencements faits avec la culture ainsi traitée restent stériles, et l'inoculation au cobaye reste sans effet.

4° Un courant de 200 à 250 milliampères, appliqué pendant cinq minutes, ne détruit pas sûrement et constamment la virulence, quelques cobayes meurent encore, mais plus

(1) Apostoli. Traitement de l'endométrite par la galvanocaustique clinique intra-utérine, p. 38 et 50; 1836.

tardivement que les témoins inoculés comparativement avec la même culture qui n'a pas été soumise à l'action du courant.

5° Un courant de 100 milliampères et au-dessous, même après une application de trente minutes, ne détruit pas la virulence; il se produit une atténuation qui augmente avec l'intensité du courant et qui s'accuse par ce fait que les cobayes inoculés meurent un à deux jours plus tardivement que les témoins.

Depuis cette époque, nous avons établi que ces effets sont indépendants de l'influence thermique qui accompagne toute électrolyse, et nous avons étudié l'influence isolée des pôles et de la portion interpolaire du circuit.

Nous pouvons formuler les conclusions complémentaires qui suivent :

1° On peut supprimer expérimentalement les effets calorifiques du courant et obtenir quand même la destruction ou l'atténuation de la vitalité microbienne.

2° Le pôle positif seul tue ou atténue la vitalité des organismes pathogènes pour lesquels l'action interpolaire et celle du pôle négatif restent indifférentes.

3° L'action antiseptique du pôle positif (dans un milieu de culture distinct, entièrement séparé du pôle négatif) s'exerce à plus faible dose électrique que dans la première expérience (où les deux pôles, étant contigus, atténuent leur action réciproque). Ainsi le pôle positif ne tue pas à 50 milliampères pendant une durée qui peut varier de cinq à trente minutes; mais, au delà, l'atténuation commence et grandit progressivement pour devenir constante, dès les cinq premières minutes, entre 100 à 150 milliampères.

4° La conclusion générale qui se dégage de nos recherches, c'est que le courant continu, à dose dite *médicale* (de 50 à 300 milliampères), n'a pas d'action *sui generis* sur les cultures microbiennes dans un milieu homogène, et que son unique action polaire positive doit tenir au dégagement des acides et de l'oxygène, comme nous le démontrerons dans une prochaine Note.

Sur l'existence de l'endocardite tuberculeuse.—M. Raymond Tripier. — A l'examen de pièces pathologiques provenant d'un jeune homme de 14 ans qui avait succombé à une tuberculose miliaire généralisée, j'ai trouvé sur la face supérieure de la valvule mitrale des végétations granuleuses de formation récente, et à proximité, mais sur la face inférieure, entre l'insertion de deux tendons, un petit nodule tuberculeux bien caractérisé, en rapport, d'une part, avec la valvule et les tendons et, d'autre part, avec la cavité ventriculaire, c'est-à-dire avec le sang que cette cavité contenait.

Ce fait, signalé pour la première fois, vient tout d'abord se joindre aux cas publiés par divers auteurs de lésions tuberculeuses observées dans les veines et les lymphatiques, et à ceux où la présence de bacilles de la tuberculose a été constatée dans l'appareil circulatoire, pour confirmer les prévisions émises sur le mode de généralisation de la tuberculose par la circulation.

L'examen comparatif du nodule tuberculeux avec certains points d'une végétation en voie de formation montre que ces divers produits pathologiques sont constitués par un exsudat albumino-fibrineux et cellulaire, c'est-à-dire par les mêmes éléments dont la disposition présente aussi une certaine analogie, alors que le nodule possède parfaitement les caractères propres à la tuberculose. Il en résulte que ce nodule tuberculeux, considéré dans une région où il est, pour ainsi dire, isolé, est bien constitué par un exsudat inflammatoire, et que le processus inflammatoire de la végétation doit être de nature tuberculeuse; d'autant que ces lésions coïncident avec la production de tubercules miliaires dans la plupart des organes.

Il est de règle d'observer des végétations ou granulations d'endocardite aiguë, plus particulièrement sur la valvule mitrale, avec la tuberculose miliaire, et il n'est pas rare d'en rencontrer aussi avec les différentes formes de phtisie pulmonaire. Avec des lésions tuberculo-caséeuses et des cavernes dans les poumons, j'ai trouvé des végétations récentes sur les deux valvules auriculo-ventriculaires et des thromboses veineuses des membres inférieurs. Dans les mêmes conditions, des artères peuvent être le siège de coagulations sanguines oblitérantes par suite de thrombose ou d'embolie. Toutes ces lésions sont vraisemblablement de nature tuberculeuse.

Il résulte des faits observés qu'avec l'endocardite tuberculeuse aiguë, on doit admettre une endocardite chronique de même nature. En effet, on rencontre parfois des sujets qui ont succombé à une phtisie pulmonaire ou à d'autres manifestations tuberculeuses et qui présentent des lésions valvulaires anciennes et récentes. Si ces dernières sont avec raison rapportées à la tuberculose, il y a toutes probabilités pour que les premières soient dues à la même cause. Et si l'on ne trouve que des lésions anciennes, comme il arrive assez fréquemment, on peut encore les considérer comme ayant eu pour point de départ des lésions tuberculeuses, surtout lorsqu'on ne relève dans les antécédents pathologiques du malade aucune cause capable de leur avoir donné naissance. Les nombreuses observations relatées par les auteurs, où se trouve signalée la concomitance de lésions endocardiaques et de productions tuberculeuses diverses, sont en faveur de l'identité d'origine de ces lésions, au moins pour un certain nombre de cas.

On peut étendre cette étiologie à des lésions valvulaires ayant donné lieu à des maladies de cœur proprement dites chez des sujets présentant des traces d'anciennes lésions tuberculeuses des poumons et d'autres organes.

La coexistence de lésions valvulaires et de productions tuberculeuses diverses n'empêche pas d'admettre l'antagonisme signalé depuis longtemps entre les maladies du cœur et la phtisie pulmonaire. Lorsque la tuberculose est primitivement localisée dans les poumons et dans le cœur, on voit évoluer soit une phtisie pulmonaire, soit une maladie du cœur, suivant la prédominance des lésions pulmonaires qui empêchent le développement de la maladie du cœur, ou de l'altération cardiaque avec une hypertrophie de l'organe qui semble éteindre l'affection pulmonaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 avril 1890. — Présidence de M. Nicaise.

Orchidopexie. — M. Schwartz présente un malade opéré par lui et chez lequel le testicule est resté fixé. Il a aujourd'hui une hernie inguinale de ce côté.

M. Després trouve que cette opération est une erreur chirurgicale et rappelle le bandage échancré de Debout qui

permettait au testicule de descendre et à la hernie de ne pas se produire. Chez le malade de M. Schwartz, la hernie aujourd'hui sera plus difficile à maintenir.

M. Schwartz répond que le bandage dont parle M. Després était inapplicable, chez son malade, à cause de la sensibilité du testicule ; que, de plus, l'opération a descendu la glande et lui a permis de se développer ; qu'enfin, son malade peut très bien porter un bandage aujourd'hui, mais que, pour sa part, il pratiquerait la cure radicale.

M. Le Dentu accepte l'orchidopexie, à la puberté, dans les cas où le testicule en ectopie inguinale n'a plus de chances de descendre. Il a vu pas mal de ces affections et pense que le testicule peut parfaitement descendre, sans amener à sa suite une hernie inguinale comme a l'air de le penser M. Després.

M. Tillaux pense qu'avec une ectopie inguinale il existe presque toujours une hernie d'une gravité exceptionnelle, lorsqu'elle s'étrangle, et qu'il a étudiée sous le nom de hernie inguino-interstitielle. Il est certain donc que l'opéré de M. Schwartz avait une hernie avant l'orchidopexie et qu'aujourd'hui cette hernie se trouve dans de meilleures conditions.

M. Després va plus loin et dit que c'est en attirant la glande en bas que le chirurgien fait lui-même la hernie. On parle de fixation, dit ce chirurgien, et pour point d'appui on va prendre la partie la plus mobile de l'organisme !

M Tillaux croit que les bandages échancrés sont bien souvent inefficaces, très difficilement supportés par les enfants et que le plus souvent, de guerre lasse, les parents y renoncent.

M. Championnière pense que ce bandage a fait son temps; quant à l'invagination du scrotum produite par l'ascension du testicule fixé, elle n'existe pas dans la plupart des cas et la glande remonte seule. Les arguments de M. Després sont purement théoriques.

De l'oxycyanure de mercure. — M. Kirmisson fait un rapport sur un travail de M. *Chibret* (de Clermont-Ferrand) qui recommande cette substance comme antiseptique et antisyphilitique. Elle résiste à l'influence de la lumière, n'attaque pas les instruments et n'est pas irritante. Elle s'emploie sur les plaies à 1 pour 1,500 et au centième en injections hypodermiques dans la syphilis.

Empyème pour pleurésie purulente. — M. Kirmisson fait un second rapport sur une observation adressée par M. Gellé. Il s'agit d'une pleurésie purulente datant de 15 à 18 mois et qui *guérit* par la résection de 6 centimètres de la 7me et de la 6me côte. C'est un cas à mettre à l'actif des succès de l'opération d'Estlander.

M. Bouilly pense qu'il ne faut pas comparer ces malades à ceux atteints de fistules et guéris par l'Estlander. Ici M. Gellé s'est opposé à une simple rétention du pus et l'on comprend que le poumon ait pu revenir.

M. Kirmisson estime que ce cas, quoique spécial, ne doit pas être séparé de ceux auxquels s'attaque la thoracoplastie. Il y avait une grande cavité, rétraction du poumon, et la pleurésie datait de 18 mois.

M. Peyrot est de l'avis de M. Bouilly. Dans l'Estlander, il n'y a rien à attendre du poumon, on demande tout à la paroi thoracique. Dans le cas de M. Gellé, le poumon a nécessairement pris part à la guérison. Il est inexact de croire qu'au bout de 3 mois, cet organe ne peut plus se dilater. Cette dilatation peut se faire deux ans après le début de l'affection. Et par des lavages, et une hygiène bien conduite, on voit la cavité diminuer de plus en plus.

M. Bouilly se rappelle un cas analogue à celui de M. Gellé qu'il a aussi guéri par la simple incision.

Trépanation pour céphalalgie traumatique. — M. Terrillon relate l'observation d'un officier de cavalerie qui fit une chute sur le crâne, chute suivie de violentes douleurs de tête. Après usage d'une médication interne, sans effet, un médecin militaire fit une large incision sur le point douloureux, mais sans résultat. Il fut appelé, près d'une année après l'accident, à examiner le malade et ne trouva ni déformation du crâne, ni localisation quelconque d'une lésion cérébrale. Il pratiqua pourtant une large trépanation au point maximum, de la douleur et rencontra une épaisseur de 15 millimètres de la voûte osseuse. Trois couronnes de trépan furent appliquées et aussitôt réveillé, le patient se trouva soulagé. Aujourd'hui, cet officier est complètement guéri et a repris du service actif. Devant un fait aussi bizarre, M. Terrillon ne peut trouver d'autres causes à ces douleurs que l'épaississement de la boîte osseuse.

M. Championnière a fait plusieurs opérations analogues et trouve l'interprétation des faits bien difficile. Y a-t il là de l'ostéite ? on a prétendu que oui, à cause des cas de guérison sans ouverture de la dure-mère ; mais il est cependant probable que la dure-mère doit être atteinte dans bien des cas. Faut-il ouvrir cette membrane ou la ménager ? Cette dernière pratique doit être conseillée quand on ne rencontre pas de lésions évidentes sur sa surface. Il est toujours, du reste, temps de pratiquer une deuxième intervention sur cette membrane, s'il y a lieu. En résumé, toutes les fois que la trépanation est faite pour céphalalgie, elle soulage les douleurs, et les Kabyles se contentent de cette indication pour la pratiquer.

M. Routier a eu l'occasion de trépaner, chez deux malades atteints de douleurs et d'accès épileptiformes, et deux fois il y a lieu de l'amélioration. Il a pu constater un épaississement de 19 millimètres du crâne à cet endroit et dans un cas, une inclusion de la dure-mère.

M. Peyrot trouve l'interprétation de ces cas bien difficile et cite à l'appui le fait d'une trépanation de l'apophyse mastoïde à la suite de laquelle il ne trouva pour ainsi dire rien et qui amena pourtant la guérison complète des douleurs et des troubles de la parole que présentait le malade.

M. Terrillon croit qu'il faut ouvrir la dure-mère, quoique saine, pour voir si, plus profondement, il n'existe pas quelque lésion.

M. Kirmisson se demande si, dans certains cas, il ne s'agit pas d'hystéro-traumatisme.

M. Tillaux croit que l'ostéite suffit à expliquer ces phénomènes. Il a vu des exemples de cette espèce dans les cas de trépanation de l'apophyse mastoïde. Le point délicat dans cette région est de diagnostiquer s'il s'agit de méningite ou d'inflammation osseuse.

M. Terrillon répond à M. Kirmisson que le malade dont il a rapporté l'histoire a été examiné au point de vue hystéro-traumatisme, et n'en présentait pas les caractères.

M. Le Dentu donne lecture de la statistique des opérations pratiquées dans son service et en éliminant les petites interventions pour ongles incarnés, hydrocèles, etc...

arrive à un total de 472 grandes opérations faites en deux années et trois mois avec 19 morts seulement.

Séance du 30 avril.

Amygdalotomie chez un enfant. — Hémorrhagies. — M. Schwartz fait un rapport sur une observation de M. Moure (de Bordeaux) ayant trait à une eschare des amygdales chez un enfant de 7 ans. L'opération fut faite des deux côtés à la fois avec l'instrument de Fahnestock et il ne s'écoula que peu de sang. Mais dans la nuit et huit jours après, se montrèrent des hémorrhagies qui furent arrêtées avec peine à l'aide de la glace. L'enfant guérit fort bien cependant, mais il y eut une petite eschare sur l'amygdale. Les hémorrhagies de ce genre sont fréquentes chez les adultes; mais rares chez les enfants, et il y a une certaine relation entre leur production et l'état inflammatoire de l'organe.

M. Tillaux ne comprend pas bien la petite eschare et pense qu'il s'agissait plutôt d'un lambeau détaché de l'amygdale, il a vu ainsi des menaces sérieuses d'asphyxie, ce petit lambeau venant obstruer la glotte.

Ostéite des quatre premières côtes et des surfaces vertébrales correspondantes, 18 ans après un coup de feu. — Résection osseuse. — M. Chauvel fait un rapport sur une opération de ce genre pratiquée par M. Delorme. Ce chirurgien pratiqua la ligature de l'artère vertébrale et à travers les muscles de la gouttière vertébrale mit à nu les côtes. Leur extrémité postérieure fut réséquée ainsi que l'apophyse transverse et l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale. Dans une nouvelle intervention on put extraire un fragment de balle et malgré cela le malade continue encore à souffrir.

Entérorraphie pour anus contre nature consécutif à une hernie étranglée. — M. Jules Boeckel, deux mois après l'établissement d'un anus artificiel dans une hernie crurale sphacelée, circonscrivit le pourtour de cet anus par une incision pratiquée à 3 millimètres de ses bords. Il isola ensuite et libéra l'intestin sur une étendue de 5 à 6 centimètres, et, attirant alors au dehors l'anse libérée, il fit une suture suivant le procédé de Lembert. L'anse fut ensuite lavée, réduite et la guérison s'obtint par première intention.

M. Kirmisson dans 3 cas a employé le procédé de Malgaigne avec 2 insuccès complets et une fistulette chez sa 3e malade. Il a fait plus dernièrement une cure par la méthode intrapéritonéale et a eu un succès complet.

Ablation d'un fibrome intra-utérin par la section césarienne suivie de suture immédiate de l'utérus. — M. Bouilly se trouvait en présence d'un fibrome en évolution depuis 6 ans et qui s'était accru non seulement du côté de l'abdomen, mais encore du côté du vagin et de la vulve à ce point qu'on avait réséqué à plusieurs reprises la portion extra-vulvaire. L'hystéromètre disparaissait tout entier dans cette tumeur.

Le morcellement n'était pas applicable. L'hystérectomie était impossible à cause de la difficulté de faire un pédicule et aussi à cause de la faiblesse de la maladie. M. Bouilly fit donc une laparotomie et après avoir entouré la base de la masse utéro-fibreuse d'un gros tube de caoutchouc pour parer aux hémorrhagies, il incisa l'utérus et décortica la tumeur pour la rendre libre. Cela fait, il essaya de retirer le fibrome, mais il avait la forme d'un tablier qui empêchait la portion extra-vulvaire de sortir par l'abdomen. M. Bouilly sectionna alors le point rétréci et extirpa séparément les 2 tumeurs ainsi formées, l'une par l'abdomen, l'autre par le vagin. Le tissu utérin délivré de cette masse se contracta. 16 points de suture furent placés sur les tuniques de l'utérus et les suites de l'opération furent excellentes. Martin (de Berlin), Doléris, Terrier ont déjà appliqué à certaines tumeurs des procédés analogues.

Extirpation de la vésicule biliaire. — M. Terrier expose l'observation d'une femme atteinte de coliques hépatiques avec douleurs localisées à la vésicule biliaire. Il y avait une tumeur dans la région de ce réservoir et en même temps de la péricystite.

Deux opérations se présentaient au choix du chirurgien: l'ouverture simple de la vésicule avec évacuation de son contenu ou l'ablation totale. M. Terrier, après avoir rompu quelques adhérences intestinales et enlevé de nombreux calculs, se mit à enlever la poche; mais en laissant toutefois un calcul encadré dans le canal cystique. Il ne put, malgré plusieurs tentatives l'extraire et craignit de perforer le conduit. La vésicule fut assez facilement pédiculisée et pour éviter l'écoulement du sang ou de la bile dans la cavité péritonéale, M. Terrier isola, à l'aide de quelques sutures, la portion de la séreuse dans laquelle il manœuvrait. Le pédicule fut serré par un fil, un drain fut placé dans la petite cavité dont nous venons de parler. Il sortit pendant quelques jours une grande quantité de bile par la plaie, le fil ayant probablement rompu le pédicule; mais la malade guérit très bien.

Il ne faut pas s'étonner de ces écoulements de bile post-opératoires. Ils ont été souvent signalés, sans qu'on puisse en établir l'origine exacte.

M. Tillaux pense que cet écoulement biliaire est dû à la section de petits canaux qui vont du foie à la vésicule biliaire. C'est l'hypothèse qu'il avait autrefois admise en voyant un écoulement de bile se produire dans la poche d'un kyste hydatique.

M. Marchand fait observer que dans aucun cas la section du foie ne donne lieu à un écoulement de bile.

M. Terrier s'est aussi demandé si, chez l'homme comme chez certains animaux, il n'existait pas de canaux hépato-cystiques, mais ses recherches à ce sujet sont restées sans résultat. Il pense plutôt qu'il faut incriminer la friabilité du canal cystique et se demande si, à l'avenir, il ne vaudrait pas mieux y placer une pince à demeure qu'une ligature.

M. Sée a connaissance des recherches faites par les anatomistes sur les canaux hépatocystiques; mais elles sont restées vaines.

Séance du 7 mai 1890.

Du traitement de l'hypertrophie amygdalienne. — M. Quénu à l'occasion du procès-verbal dit avoir vu des hémorrhagies à la suite de l'ablation des amygdales de l'enfant et préfère le galvano-cautère au thermo-cautère et surtout l'instrument tranchant.

Deux séances d'ignipuncture à huit jours d'intervalle suffisent en général. Il n'a jamais eu d'accidents à la suite de la galvanocaustie.

M. Chauvel préfère au moins chez les adultes l'ablation avec l'instrument tranchant qui donne des résultats plus rapides : il n'a jamais eu d'hémorrhagies secondaires.

M. M. Sée dit qu'il y a des amygdales ulcérées, et dans ces cas l'amygdalotomie suffit, et chez les enfants on peut même enlever les deux amygdales à la fois.

L'amygdalotome de Chassaignac est préférable à l'amygdalotome qui se manie d'une seule main.

M. Verneuil. Je crois qu'on doit employer la cautérisation surtout chez l'adulte.

On a des hémorrhagies quand on engage trop l'amygdale dans l'amygdalotome ou quand on opère trop près de la période inflammatoire. Il vaut mieux en général la cautérisation.

Chez l'adulte l'ablation sanglante doit être rejetée. Je me sers du serre-nœud ou bien de la cautérisation.

M. Championnière. J'ai vu deux cas d'hémorrhagie mortelle à la suite de l'amygdalotomie faite par Broca.

J'ai observé un cas d'hémorrhagie très grave à la suite d'une amygdalotomie faite pour une amygdale dure, scléro-sée.Je ne l'ai faite que d'un côté, craignant l'hémorrhagie. Celle-ci commença un quart d'heure après. Grâce à la compression, elle finit par s'arrêter ; mais elle faillit emporter le malade quoi qu'il fût très fort, très robuste et n'eût aucune tare.

M. Sée. Ce que j'ai dit s'applique surtout à l'enfant.

Stérilisation des objets de pansement. — M. Quénu dit qu'il faut préférer pour la stérilisation la chaleur humide à la chaleur sèche qui est inégale.

Mais certaines substances sont altérées par l'humidité, il faut donc pouvoir dessécher après avoir stérilisé. M.Quénu présente un appareil qui permet de remplir ce but.

Les résultats obtenus sont concluants.

De l'occlusion intestinale aiguë. — M. Routier cite quatre cas.

Dans un premier cas il s'agissait d'une femme entrée à Lariboisière depuis deux jours et demi.

Après laparotomie, il trouva en avant de la colonne vertébrale une masse dure arrondie, puis un anneau dans lequel étaient engagées des anses d'intestin qu'il dégagea.

2e cas. Il s'agit d'un jeune collègue qui fut pris d'accident simulant l'étranglement : c'était une obstruction intestinale qui fut levée par le lavement électrique.

3e cas. Femme de 47 ans, ayant fait une traversée mauvaise de New-York au Havre.

Quelques jours après, elle fut prise de douleurs et de signes d'occlusion. On sentait un boudin dans le côté gauche perceptible par l'abdomen, le toucher vaginal et rectal.

Je diagnostiquai une obstruction ; je fis donner un lavement électrique. Celui-ci fut répété, mais il ne sortit que des gaz.

Je fis la dilatation anale et j'allais faire l'anus contre nature quand on fit prendre un lavement gazeux qui gonfla bientôt tout l'intestin, ce qui éloignait l'idée d'une obstruction. Je fis la laparotomie ; je trouvai une péritonite suppurée, la malade mourut.

4e cas. Femme de 36 ans entrée à Beaujon. Les vomissements étaient fécaloïdes. On administra un lavement électrique, qui ne produisit rien.

Laparotomie, adhérences épiploïques très serrées. Malgré mes précautions, il se fit une perforation de l'intestin. Drainage. Mort le lendemain.

A l'autopsie, cancer annulaire de l'intestin.

M. Routier revient sur les signes ; il dit que sur 72 cas vus par M. Larat, deux fois le diagnostic a été fait.

La douleur vive, les vomissements fécaloïdes, le tympanisme, pas plus que la fièvre, ne sont des signes certains, puisque cette dernière peut exister avec l'obstruction et manquer dans la péritonite.

Ces faits prouvent qu'il n'y a pas de méthode unique de traitement.

Il semble qu'on doive faire la laparotomie quand on n'a pas de diagnostic.

Dans l'occlusion aiguë, il faut agir le plus tôt possible. Il proscrit avec les classiques les purgatifs, recommande le lavement électrique.

Il conseille la laparotomie médiane qui sera suivie de la suppression de l'obstacle ou de l'entérostomie. On devra le faire précéder de lavage de l'estomac. On pourra, comme l'a recommandé Ridygyer, faire ce lavage de l'estomac pour faciliter la réduction de l'intestin sorti par l'ouverture abdominale.

M. Suarez de Mendoza lit une note sur le traitement de **l'obstruction de la trompe d'Eustache.**

M. Terrier présente une **tumeur du mésentère** développée à partir du mois de janvier dernier qui avait commencé par la ligne médiane. Il s'agit d'un homme de 45 ans.

Je pensai à une tumeur du mésentère ou du grand épiploon. Je fis une large ouverture exploratrice. Je vis que cette tumeur était presque pédiculisable et je tentai l'extirpation.

Une anse d'intestin grêle venait devant la tumeur ; séparer la tumeur de l'intestin eût été exposer le malade à des hémorrhagies ou à la gangrène de l'intestin. Je fis la résection de cette anse qui mesurait un mètre. Je passai une ligature élastique, je détachai des adhérences de la tumeur avec la veine.

Puis je fermai l'abdomen de façon à pouvoir suturer les deux bouts de l'intestin en dehors de l'abdomen.

Je fis la suture d'une moitié seulement de l'intestin, et fis un anus contre nature.

Le malade alla bien jusqu'au lendemain 3 heures. A ce moment, il eut des hoquets, des vomissements de sang et il succomba le 3e jour après l'opération.

A l'autopsie, rien dans la cavité abdominale.

Au niveau du pédicule, un peu de fibrine. Les anses intestinales suturées n'offraient rien.

Un seul point suspect au niveau des sutures intestinales.

Rien au cœur, aux poumons.

Il n'y a donc pas eu d'infection, ni de choc, de sorte que je ne sais pas quelle est la cause de la mort.

Les interventions pour les tumeurs du mésentère ont donné de mauvais résultats.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 2 mai 1890. —*Présidence de* M. Dumontpallier.

Pleurésie purulente traitée par les injections intra-pleurales antiseptiques — M. Ch. Fernet lit une observation de pleurésie purulente guérie par les injections intra-pleurales antiseptiques et fait suivre la lecture de cette observation des conclusions suivantes :

1° La méthode de traitemennt de certaines pleurésies infectieuses, purulentes ou non, par les ponctions suivies d'injections antiseptiques, est rationnelle, puisqu'elle répond aux deux indications d'évacuer les produits infectieux et de combattre l'infection du foyer morbide ;

2° Cette méthode est particulièrement applicable aux

pleurésies infectieuses circonscrites et limitées qu'elle peut atteindre dans toutes leurs parties; elle est presque seule applicable aux pleurésies que leur siège rend à peu près inaccessibles à la thoracotomie : pleurésies interlobaires, médiastines, diaphragmatiques; elle a donc ses indications, comme la ponction simple et la thoratocomie ont les leurs dans d'autres pleurésies;

3° Les modes d'application de cette méthode et les moyens dont elle dispose, notamment les agents antiseptiques qu'elle met en œuvre, ne sont pas encore bien déterminés; mais la méthode elle-même me paraît suffisamment fixée dans ses indications et les résultats déjà acquis me semblent assez favorables pour qu'on soit encouragé à en poursuivre l'application.

La Société décide, sur la proposition de M. Netter, de mettre à l'ordre du jour de sa prochaine séance et des séances suivantes la question du traitement des pleurésies purulentes.

La convalescence dans la grippe. — M. H. Huchard. La grippe entraîne non seulement pendant son cours, mais à sa suite, un état remarquable de dépression physique, intellectuelle et morale. Cette neurasthénie post-grippale peut être généralisée, comme aussi elle peut se localiser sur certains organes : système nerveux, bronches, estomac, cœur.

En ce qui concerne le cœur, j'ai observé cette localisation soit chez des malades atteints de cardiopathie valvulaire ou artérielle d'ordinaire bien compensée et qui ont pu voir survenir des accidents d'asystolie, ou mieux d'asthénie cardio-valvulaire rapide; soit chez des individus qui n'avaient jamais rien présenté du côté du cœur et qui ont eu alors de l'adynamie cardiaque, voire même de l'embryocardie.

Cette asthénie, qu'elle soit générale ou localisée, n'est pas toujours en rapport avec la sévérité ou la gravité des attaques de grippe. Le contraire est plutôt la règle.

Au point de vue pratique, il faut combattre cette asthénie post-grippale non par des arsenicaux et des ferrugineux, mais par la strychnine, la caféine, les phosphates et le phosphure de zinc.

1° *Les préparations de strychnine* : sous forme de sulfate, à la dose de 2 à 3 milligrammes par jour; ou d'arséniate de strychnine à la dose de 3 à 4 granules d'un demi-milligramme.

Dans les cas graves, j'ai eu recours aux injections sous-cutanées de sulfate de strychnine d'après cette formule :

Eau distillée	10 gr.
Sulfate de strychnine.....	1 centigr.

Faire deux à quatre injections par jour.

2° *Les préparations de caféine* dont j'ai démontré, il y a sept ans, l'action tonique générale et l'action spéciale sur le système nerveux.

On peut employer la caféine à l'intérieur d'après cette formule :

Benzoate de soude.....	aâ 2 gr.
Caféine.....	

pour huit cachets; prendre quatre cachets par jour.

Il est préférable de recourir aux injections sous cutanées de caféine d'après la formule suivante :

Caféine.....	4 grammes.
Salicylate de soude.....	3 —
Eau distillée.....	6 —

Chaque seringue de Pravaz contient ainsi 0,40 centigr. de caféine. Injecter six à huit seringues par jour; dans les cas graves on peut y ajouter les injections d'éther.

3° *Préparations au phosphore :* Parmi celles-ci, les phosphates à la dose de 4 à 6 gr. par jour et le phosphure de zinc à la dose de 2 à 3 granules par jour.

La rougeole et la diphtérie aux Enfants-Assistés en 1889. — M. Sevestre. Les cas nombreux de rougeole et de diphtérie qui ont passé dans mon service des Enfants-Assistés en 1889 prêtent à quelques considérations qui ont, je le crois, un certain intérêt pratique.

Tout d'abord, j'ai constaté — et le fait n'est pas nouveau — que les tous jeunes enfants échappent facilement à la rougeole, même s'ils se trouvent en contact intime avec une personne atteinte de cette maladie. En outre, lorsqu'ils sont atteints, la maladie est généralement très bénigne.

De 1 à 2 ans, au contraire, la rougeole est grave et le chiffre des décès l'emporte notablement sur celui des guérisons. La gravité reste encore assez grande jusqu'à 3 ans, mais à partir de cet âge la guérison est presque la règle.

Par suite des mesures adoptées (bonne aération, désinfection fréquente des salles et des objets suspects), la mortalité par rougeole a notablement diminué aux Enfants-Assistés, mais la morbidité est toujours très grande, en dépit de toutes les précautions prises. Cette morbidité, comme je l'ai dit l'an dernier, ne pourra être enrayée que par l'établissement d'un lazaret convenablement installé et dans lequel les enfants seront gardés en observation pendant un temps suffisant.

En ce qui concerne la diphtérie, le nombre des cas observés est resté à peu près le même que l'année précédente, mais les mesures de désinfection n'ont pas été encore ce qu'elles devraient et pourraient être.

Morphinomanie et hystérie. — M. Jules Voisin apporte deux observations de morphinomanie chez des hystériques guéris par la suppression brusque du médicament. Les grandes attaques d'hystérie qui ne s'étaient pas produites pendant toute la durée de l'intoxication — cinq ans dans un cas et dix-huit mois dans l'autre — apparurent aussitôt après la suppression de la morphine, avec tous les stigmates psychiques et physiques de l'hystérie.

Syphilis des voies respiratoires et du foie. — M. Raymond présente les pièces d'un malade de son service mort le 25 avril à l'âge de 52 ans. Ce malade avait eu la syphilis en 1872 et n'avait suivi de traitement sérieux que pendant deux mois.

A l'autopsie on trouva de la pleurésie et de la bronchopneumonie. Le foie était farci de gommes, à la surface et dans sa profondeur; l'une de ces gommes avait au moins le volume d'un œuf de poule, elle était ramollie à son centre; à l'intérieur s'était produite une hémorrhagie. Périostose des tibias. Epaississement des os du crâne. Dans le cerveau plusieurs anévrysmes miliaires.

Pouls amygdalo-carotidien de l'insuffisance aortique. — Aortisme héréditaire. — M. H. Huchard présente un malade atteint d'un léger rétrécissement avec insuffisance aortique avec dilatation du vaisseau et ectasie artérielle généralisée. Il présente une forme d'insuffisance aortique *pulsatile*, caractérisée par des battements extrêmement accentués existant sur tout le système artériel. On constate même dans l'arrière-gorge un pouls (de transmission) auquel on peut donner le nom de pouls *amygdalo-carotidien* et qui

doit être distingué du pouls capillaire visible de la luette et du voile du palais, signalé dans ces derniers temps par Mueller et mon collègue Merklen.

Au sujet de ce malade, j'appelle l'attention sur l'étiologie fort obscure des affections artérielles. Souvent on ne trouve, pour en expliquer le développement, aucune cause (syphilis, saturnisme, alcoolisme, rhumatisme et goutte, tabagisme, efforts et travaux corporels, etc.).

Or, ces affections sont de deux sortes : elles sont acquises ou héréditaires. Dans le premier cas, elles relèvent d'une des causes précédentes et aussi d'une alimentation vicieuse (abus de viandes, et surtout de viandes avariées) ; dans le second cas, elles relèvent de l'hérédité non pas indirectement comme les cardiopathies valvulaires par l'intermédiaire du rhumatisme, mais directement sous l'influence de l'hypertension artérielle qui, d'après mes recherches déjà anciennes, précède toujours et prépare le développement des affections artério-scléreuses. C'est ce que j'appelle l'*aortisme héréditaire*, en vertu duquel certaines cardiopathies artérielles, certaines néphrites interstitielles, des aortites et des anévrysmes — toutes maladies d'une même famille — se développent par hérédité directe.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 12 avril 1890. — Présidence de M. Hardy.

Eruptions cutanées symptomatiques de la grippe épidémique. — M. Barthélémy. Sur 219 malades atteints de la grippe épidémique, j'ai observé 14 fois des éruptions cutanées. Les unes sont des éruptions banales et coïncidentes, d'autres sont des efflorescences cutanées directement causées par l'infection grippale et qui méritent le nom de *rash grippal*. Ces rash se rencontrent dans les formes graves aussi bien que dans les formes légères ; ils ont l'apparence scarlatiniforme ou morbilliforme, se localisent quelquefois aux membres, mais le plus souvent se généralisent : la ressemblance avec la scarlatine est parfois accrue encore par l'existence d'une angine.

Aplasie moniliforme des cheveux. — MM. Hallopeau et Lefèvre présentent un enfant atteint d'une lésion des cheveux connue sous le nom de nodosités des cheveux. Cette lésion est constituée par un défaut du développement segmentaire des cheveux qui sont divisés en fuseaux séparés par des espaces amincis ; ils se brisent à quelques millimètres de leur émergence et ne peuvent être arrachés avec leur racine ; à leur base, le cuir chevelu présente une élevure. Les segments rétrécis sont plus pâles que les fuseaux : la substance médullaire manque le plus souvent ; quelques cheveux ont l'aspect d'un pinceau à leur extrémité brisée. L'absence de substance médullaire au niveau de la plupart des fuseaux ne permet pas d'admettre avec Unna que l'atrophie moniliforme soit due à un défaut de développement de cette substance dans les segments rétrécis ; mais on peut croire avec cet auteur qu'il s'agit d'un trouble intermittent dans la circulation de la papille.

M. Vidal. Chez deux enfants atteints de la même maladie, que j'ai observés, les lésions étaient congénitales, de même que chez un malade de Liveing ; dans d'autres cas, elle s'est développée plus ou moins longtemps après la naissance.

M. E. Besnier. L'état moniliforme des cheveux ne constitue pas une maladie particulière, mais est la traduction de divers états morbides, et entre autres de la pelade, de la xérodermie pilaire, dont je trouve quelques traces sur le tégument externe de cet enfant.

Arthropathie blennorrhagique grave.—M. C. Mauriac. Le rhumatisme blennorrhagique peut présenter des aspects très différents. Un malade, après avoir eu des arthropathies passagères des deux épaules, fut pris d'une arthropathie du coude gauche accompagnée d'une telle rougeur et d'une telle tuméfaction que j'ai craint le développement d'un phlegmon ; la guérison survint cependant sans suppuration, mais avec ankylose incomplète du coude, atrophie des muscles du bras et longue persistance d'une tuméfaction des extrémités osseuses.

Dans la production du rhumatisme blennorrhagique, la blennorrhagie n'est pas seule à incriminer, et la prédisposition individuelle du malade y entre pour la part la plus importante.

La gravité de cette affection est due, pour une part, à sa résistance aux agents thérapeutiques ordinaires du rhumatisme franc : pour ma part, je me contente de donner de l'iodure de potassium aux malades qui ont une tare goutteuse.

Non-spécificité du gonocoque. — M. Eraud a trouvé dans l'urèthre normal de l'homme un staphylocoque présentant les mêmes caractères que le gonocoque et cultivable comme celui-ci ; il croit que ce staphylocoque, qui vit en saprophyte dans l'urèthre normal, est capable, sous l'influence de conditions encore inconnues, de donner lieu à la blennorrhagie.

Traitement de l'épithélioma de la face par l'acide acétique. — M. Arnozan a eu recours dans huit cas d'épithélioma de la face d'origine sébacée aux applications locales d'acide acétique déjà préconisées par Broadbent et Guéniot. Le meilleur procédé consiste dans l'application directe, au moyen d'une baguette de verre ou de bois, ou d'un pinceau si l'ulcération est plus étendue ; une mince couche de liquide est ainsi déposée à la surface de l'ulcération ou des croûtes qui la recouvrent, et ces applications sont répétées tous les deux jours, tous les jours ou même plusieurs fois par jour. Ce traitement détermine une cuisson assez vive, mais de courte durée. Les croûtes qui se forment sont d'abord très adhérentes, puis se détachent par leurs bords lorsqu'elles reposent sur les tissus sains, les croûtes en tombant laissent une ulcération rosé sur laquelle on applique de nouveau l'acide acétique ; à la suite de chacune des séries d'applications d'acide, l'ulcération est réduite dans ses dimensions, et on finit par obtenir une cicatrice blanche, lisse, souple. Ce traitement a l'avantage de pouvoir être fait par le malade lui-même et de ne pas l'obliger à porter sur la partie malade une compresse ou un pansement gênant.

Phagédénisme syphilitique et phagédénisme septique. — M. Jullien. La notion de la syphilis ne doit pas seule guider dans le traitement du phagédénisme tertiaire : dans un cas récent, chez une femme atteinte depuis dix-huit mois d'ulcérations phagédéniques de la joue et de la lèvre, je prescrivis simplement de l'iodure de potassium à doses modérées, et je vis bientôt la cicatrisation se faire. Il y a

donc au phagédénisme une cause extérieure, parasitaire, et non pas seulement une cause interne, et on ne doit pas se contenter de le traiter localement par des applications banales, mais faire une antisepsie complète et régulière.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 20 avril 1860, M. André, médecin major de première classe à l'hôpital militaire de Bastia, a été promu au grade d'officier.

— Par décret, en date du 2 mai 1890, M. le Dr Méhier, membre du Conseil général de l'Ain, est nommé chevalier.

Distinctions universitaires. — Officiers de l'instruction publique. Sont nommés, par arrêté ministériel, en date des 10, 15 et 27 avril 1890 :

MM. Monin, médecin de l'escadre de la Méditerrannée; le Dr Lantaret, maire de Barcelonnette.

Officiers d'Académie. — Sont nommés : Mlle Audibert, maîtresse sage-femme à la Maternité de Marseille; MM. les Drs Casabianca, à Sartène; Fabry, à Villars; Mathieu, à Entrevaux; Moriez, à Nice.

Val-de-Grâce. — Par décision ministérielle, en date du 2 mai 1890, M. Robert, médecin pricipal de deuxième classe, a été nommé professeur d'anatomie chirurgicale, opération et appareils, à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 27 avril 1890, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Vialleton, Rochet, Blanc-Fontenille, Mouisset et Valla.

— Par décret, en date du 27 avril 1890, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Lacaze-Dori, Bottey, Blanc, Gascard, Maunoury, Brottet, Gautiez, Sigaud, Bovet, Darier, Lefranc, Favel et Braine.

Hôpitaux de Paris. — Concours pour trois places de médecin du bureau central. — Les candidats au concours du Bureau central (médecine) qui doit s'ouvrir le 16 mai prochain, sont au nombre de 64. Ce sont : MM. Achard, Barbe, Baudouin, Béclère, Belin, Berbez, Besançon, Blocq, Bourcy, Bourdel, Bruchet, Capitan, Cayla, Dalché, Darier, Delpeuch, Deschamps, Despréaux, Dubief, Duflocq, Duplaix, Durand-Fardel, Florand, Gallois, Galliard, Gauchas, de Gennes, Giraudeau, Girode, Guinon (Georges), Guinon (Louis), Gilles de la Tourette, Havage, Jacquet, Jeanselme, Klippel, Laffite, Launois, Lebreton, Lesage, Legendre, Lermoyez, Liandier, Marfan, Martin de Gimard, Mathieu, Menetrier, Méry, Morel-Lavallée, OEttinger, Pignol, Polguère, Poupon, Queyrat, Raymond, Ribail, Richardière, Robert, Roger, Thibierge, Thoinot, Weber, Widal et Wurtz.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. le docteur Brossard, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'Ecole de médecine, est chargé en outre, d'un cours de clinique médicale.

— M. le docteur Chrétien, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales à l'Ecole de médecine, est chargé, en outre, d'un cours de pathologie interne.

Hôpitaux de Rouen. — Le concours pour une place de médecin-adjoint s'est terminé par la nomination de M. Robert Leudet, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Rouen.

Médecin-député. — Le Dr Chavoix a été élu dimanche dernier député de la Dordogne.

Conseil municipal de Paris. — Voici les noms de ceux de nos confrères qui viennent d'être élus membres du nouveau Conseil municipal de Paris : Dr Lamouroux (Halles), M. Deschamps (Sorbonne), Dr Levraud (St-Ambroise), Dr Navarre (La Gare), Dr Dubois (Santé), M. Cattiaux (Amérique).

Le même jour, le Dr Lafont (de St-Maure), était élu conseiller général de la Seine.

Hôpital des Enfants — Le Dr J. Simon commencera ses conférences le mercredi 14 mai à 9 heures et les continuera les mercredis suivants à la même heure. Consultation clinique le samedi.

Nécrologie.—Le Dr Gignoux (Pierre-Irénée) père, de Lyon, vient de mourir à l'âge de 79 ans. Nous avons annoncé l'an dernier et il y a quinze jours, la mort des deux fils de ce vénérable confrère, tous deux docteurs en médecine. Le Dr Gignoux père laisse, nous dit le *Lyon médical*, 65 petits-enfants. —M. Latapie, officier de santé à Villembits (Htes-Pyrénées), reçu en 1844. — Le Dr Delaporte, de St-Julien-Lars (Vienne), reçu en 1856, et son fils, élève du service de santé militaire.

Bulletin de la mortalité *du 27 avril au 3 mai* 1890. — Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 3 — Rougeole, 49. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 10 — Diphtérie, Croup. 34. — Phthisie pulmonaire, 207. — Autres tuberculoses, 26. — Tumeurs cancéreuses et autres, 48.

Méningite, 51. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 47. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 46.

Bronchite aiguë et chronique, 91. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 86.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 54.

Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 33. — Sénilité, 36. — Suicides et autres morts violentes, 27. — Autres causes de mort, 201. — Causes inconnues, 12.

Nombre absolu de la semaine : 1094. — Résultat de la semaine précédente : 1130.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES. — **L'Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand *Traité de médecine*, 1887).

ANÉMIE, CHLOROSE. Dragées **Gézard**, ne *constipe pas.*

PILULES ferrugineuses VIGIER. Malate de fer et quassia, 1 au repas

VIN DE BAYARD pepto-phosphaté, le plus puisssant reconstituant.

QUINIUM ROY granulé, extrait normal de quinquina soluble

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.